



Institutionen för hälsovetenskaper
Fysioterapeutprogrammet

Utbildningsprogram
i fysioterapi 180 hp

Examensarbete
15hp
Våren 2021

*Upplevelser av gruppträning och fysisk aktivitet hos en grupp personer
med psykisk ohälsa - en kvalitativ studie*

Författare

Sara Munter
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
sa8270mu-s@student.lu.se

Författare

Sofia Anker-Kofoed
Fysioterapeutprogrammet
Lunds universitet
so2815an-s@student.lu.se

Handledare

Maria N Ovesson, adjunkt, leg. sjukgymnast
maria.nilsson_ovesson@med.lu.se
Catharina Sjö Dahl Hammarlund, universitetslektor,
leg. sjukgymnast
catharina.sjodahl_hammarlund@med.lu.se
Health Sciences Centre,
Box 157, 221 00 Lund, Sweden

Examinator

Eva Ekvall Hansson, professor fysioterapi, leg. fysioterapeut
eva.ekvall_hansson@med.lu.se
Health Sciences Centre, Box 157, 221 00 Lund, Sweden

Förord

Ett stort tack till alla deltagare som medverkat och delat med sig av sina upplevelser - utan er skulle denna studie ej varit möjlig. Tack till den psykiatriska mottagningen och träningshallen som ordnat samtalsrum till vårt förfogande. Sist men inte minst tack till våra handledare, Catharina Sjödahl Hammarlund och Maria N Ovesson, som delat med sig av sina ovärderliga erfarenheter och som på ett helhjärtat sätt engagerat sig under hela processen.

Sammanfattning

Bakgrund: Psykisk ohälsa är vanligt förekommande, med ångest och depression som de vanligaste diagnoserna. Ångest innebär att det finns en överdriven rädsla för olika situationer, objekt och kroppsliga tillstånd eller en ihållande oro för framtida faror eller hot. För en individ som har depression innebär sjukdomen negativ påverkan på det dagliga livet då det kan utgöra barriärer för att delta i sociala sammanhang, att ta initiativ och att utföra någon fysisk aktivitet. Aktivitetsmönstret hos personer med depression och ångest karaktäriseras i hög grad av stillasittande och låg grad av fysisk aktivitet. Detta har i flera studier identifierats som riskfaktorer för att utveckla ångest och depression. Trots att resultatet av fysisk aktivitet som intervention är ett välstuderat område finns det hittills relativt få studier som fokuserar på hur personer med psykisk ohälsa upplever fysisk aktivitet.

Syfte: Syftet med denna studie var att beskriva hur en grupp personer med psykisk ohälsa upplevde fysisk aktivitet och att vara fysiskt aktiva i en träningsgrupp.

Metod och studiedesign: Studien är en kvalitativ intervjustudie som bearbetats genom innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman. Deltagarna var patienter vid en allmänpsykiatrisk mottagning i södra Sverige som deltog i en träningsgrupp på ett gym i södra Sverige. Totalt rekryterades nio personer; sex kvinnor och tre män.

Resultat: Den induktiva analysen resulterade i tre kategorier med ett antal subkategorier. De tre kategorierna var 1) att övervinna motstånd och bibehålla motivationen, 2) att vara i ett sammanhang och känna gemenskap och delaktighet och 3) positiva effekter av träning.

Deltagarna upplevde att träningen minskade ångest och negativa tankar, stärkte självförtroendet och självkänslan samt gav en känsla av ökad social delaktighet. Det var även betydelsefullt med en trygg miljö och att få stöd genom yttre motivationsfaktorer såsom en känsla av positivt tvång.

Slutsats: Fysisk aktivitet och träning i grupp tillsammans med andra med psykisk ohälsa upplevdes vara mer än en aktivitet som täcker de fysiska behoven. Sammantaget kan denna studie möjligtvis bidra med ytterligare insikt och förståelse för kliniskt arbetande fysioterapeuter inför planering och genomförande av interventioner för personer med psykisk ohälsa.

Nyckelord: attityder till hälsa, depression, emotioner, fysioterapi, träning, ångest

Abstract

Introduction: Mental illness is common, with depression and anxiety disorders as the most occurring diagnoses. Anxiety disorders include an excessive fear of different situations, objects and bodily conditions or a persistent agitation for future danger or threats. For an individual with depression the condition means a negative impact on daily life since it may cause barriers to take part in social activities, to take initiative and to do any kind of physical activities. Individuals with depression and anxiety disorders have an activity pattern characterized by a high level of sedentary behavior and a low level of physical activity. This has been identified in multiple studies as risk factors for developing depression and anxiety disorder. Despite the fact that the effect of physical activity as intervention has been thoroughly studied there are still relatively few studies that have been focusing on how people with mental illness experience physical activity.

Aim: The aim of the present study was to describe how a group of individuals with mental illness experienced physical activity and to be physically active in an exercise group.

Method and study design: This study is a qualitative interview study which was processed through content analysis according to Graneheim and Lundman. The participants were patients at a general psychiatry clinic in southern Sweden that took part of an exercise group at a gym facility in southern Sweden. A total of nine people were recruited; six women and three men.

Results: The inductive analysis resulted in three categories along with a number of subcategories. The three categories were 1) to overcome resistance and retain motivation, 2) to be in a social context and feel togetherness and participation and 3) positive effects of exercise. The participants experienced that the exercise reduced anxiety and negative thoughts, increased self-confidence and self-esteem and gave a feeling of increased social participation. A safe setting and to feel supported by extrinsic motivators such as a positive feeling of being forced to exercise was also considered meaningful among the participants.

Conclusion: Physical activity and exercising in a group with other people who had mental illness was thought to be more than just an activity that covered the physical needs. Overall these findings can possibly provide additional insight and understanding for clinically working physiotherapists prior to planning and implementing interventions for people with mental illness.

Keywords: anxiety disorder, attitudes to health, depression, emotions, physical exercise, physical therapy modalities

Innehåll

1. Bakgrund.....	1
1.1 Förekomst av psykisk ohälsa.....	1
1.2 Ångest.....	1
1.3 Depression.....	1
1.4 Effekterna av fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa	2
1.5 Fysisk aktivitet som prevention för komorbiditet vid psykisk ohälsa.....	2
1.6 Upplevelsen av fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa.....	2
1.7 Problemformulering och fysioterapeutisk relevans	3
2. Syfte och frågeställningar.....	3
3. Metod.....	3
3.1 Etiska ställningstaganden.....	3
3.2 Undersökningsgrupp och rekrytering.....	4
3.3 Studiedesign, datainsamling och analys.....	4
3.4 Träningsupplägg.....	5
4. Resultat.....	5
4.1 Att övervinna motstånd och bibehålla motivationen.....	5
4.1.1 Känsla av att man förväntas att komma till träningen - “positivt tvång”.....	5
4.1.2 Utmaning i att övervinna motstånd och ta ansvar över sin träning.....	6
4.1.3 Prestationen är att vara och en gör sitt bästa.....	6
4.1.4 Motivationsfaktorer till träning för sin egen skull.....	7
4.2 Att vara i ett sammanhang och känna gemenskap och delaktighet.....	7
4.2.1 Betydelsen av social kontakt - att vara mer i verkligheten.....	7
4.2.2 Upplevelsen av att känna sig trygg tillsammans med andra.....	8
4.3 Positiva effekter av träning.....	8
4.3.1 Träning som symtomlindrande aktivitet.....	8
4.3.2 Energi och en känsla av lugn.....	9
4.3.3 Träning som komplement till läkemedel.....	9
4.3.4 Bättre levnadsvanor.....	10
4.3.5 Stärkande upplevelser hos individen.....	10
5. Diskussion.....	11
5.1 Resultatdiskussion.....	11
5.1.1 Träning som social aktivitet.....	11
5.1.2 Träningens inverkan på självbilden.....	11
5.1.3 Betydelsen av positivt tvång.....	12
5.1.4 Träningens inverkan på måendet.....	13
5.2 Metoddiskussion.....	14
6. Konklusion och klinisk relevans.....	14
Referenser.....	16
Bilagor	
Bilaga 1. Deltagarinformation.....	19
Bilaga 2. Samtyckesblankett.....	20
Bilaga 3. Intervjuguide.....	21

1. Bakgrund

1.1 Förekomsten av psykisk ohälsa

Psykisk ohälsa är mycket vanligt förekommande världen över. WHO uppskattar att så många som en av fyra européer upplever någon form av psykisk ohälsa vid något tillfälle under sin livstid (1). Av alla diagnoser inom området är ångest och depression de vanligast förekommande; man beräknar att förekomsten bland Europas 870 miljoner invånare är ungefär 40 miljoner för depression och 36 miljoner för ångest (2). Majoriteten av de psykiska diagnoserna (förutom missbruk och personlighetsyndrom) är statistiskt sett betydligt vanligare bland kvinnor än bland män (3) och har en signifikant negativ påverkan på individens livskvalitet (4).

1.2 Ångest

Ångestsyndrom är ett generellt begrepp som innefattar olika ångestsjukdomar (5). I diagnosmanualen "Diagnostics and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition" (DSM-5) specificeras ångesttillstånden som panikångest, agorafobi, generaliserad ångest, social ångest/social fobi, specifik fobi, separationsångest och selektiv mutism. Gemensamt för dessa sjukdomar är en överdriven rädsla för olika situationer, objekt och kroppsliga tillstånd alternativt en ihållande oro för framtida faror eller hot (5). Prevalensen för att ha lidit av något ångestsyndrom under en 12-månadersperiod varierar mellan 12 och 17 procent i olika epidemiologiska studier enligt en rapport från SBU (6).

1.3 Depression

I Sverige är depression den vanligaste orsaken till längre sjukfrånvaro (7). I västvärlden är livstidsprevalensen för egentlig depression uppskattningsvis runt 17-18 procent vilket innebär att nästan var femte person drabbas någon gång under livet (8). Depression karaktäriseras av episoder om minst två veckor där personen upplever tydlig påverkan på känsloliv, kognition och autonoma funktioner (5). Diagnosen ställs genom observerade symtom såsom nedstämdhet, minskat intresse eller glädje för de flesta aktiviteter, agitation, obefogade skuld känslor, svaghetskänsla, betydande viktuppgång/viktnerdgång, nedsatt koncentrationsförmåga, sömnstörningar och självmordstankar (5). För att få diagnosen krävs att minst fem av dessa symtom förekommer, varav minst ett av dem måste vara antingen nedstämdhet eller minskat intresse/förnöjelse (5). Symtomen ska också orsaka betydande kliniskt lidande alternativt påverka arbetsförmåga eller förmågan att delta i sociala sammanhang (5). För en individ som lider av depression innebär sjukdomen negativ påverkan på det dagliga livet då det bland annat kan utgöra barriärer för att delta i sociala sammanhang, att ta initiativ och att utföra någon fysisk aktivitet (9). Det som benämns egentlig depression ingår i en större grupp förstämningssyndrom, där djup depression är den allvarligaste formen (5). Vid långvarig eller kronisk form av egentlig depression kallas tillståndet dystymi och hos individer som utöver de djupa depressiva episoderna även manifesterar hypomana och/eller maniska episoder handlar det om bipolär sjukdom (5). Allvarlighetsgraden av depression kan beskrivas som lindrig, måttlig och allvarlig (5). Vidare visade en studie av Alonso et al. (10) att 53 procent av de individer som lider av depression även uppfyller kriterierna för andra psykiska sjukdomar och då i synnerhet generaliserat ångestsyndrom (GAD), paniksyndrom, agorafobi/social ångest och posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) (10). Samma fenomen framkom i en omfattande amerikansk studie, där författarna även såg ett positivt samband mellan komorbiditet och allvarlighetsgrad, det vill säga att ju allvarligare form av mental ohälsa desto större är förekomsten av personer som har flera psykiska diagnoser samtidigt (11).

1.4 Effekterna av fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa

Enligt en studie av Helgadottir et al. (12) karakteriseras aktivitetsmönstret hos personer med depression och ångest i hög grad av stillasittande och låg grad av fysisk aktivitet. Deltagarna i studien nådde i lägre utsträckning än den generella befolkningen upp till rekommendationerna för fysisk aktivitet (12). Fysisk inaktivitet har flertalet gånger identifierats som en riskfaktor för att utveckla ångest (13,14) och depression (15,16). Redan tidigt började forskare intressera sig för fysisk aktivitet som en del i behandling av psykisk ohälsa, däribland en studie från förra seklets början där forskarna studerade hur träning påverkade två personer med depression (17). Sedan dess har antalet studier kring ämnet ökat och idag finns en uppsjö av studier som fördjupat sig i just detta. En meta-analys och systematisk litteraturoversikt av Josefsson et al. (18) visade att träning som intervention vid depression hade signifikant större effekt på depressiva symtom jämfört med kontrollgrupper som bestod av standardbehandling, placebobehandling eller ingen behandling. Effekterna var större när de jämfördes med de två sistnämnda (18). I en studie av Wisén et al. (19) såg man en lägre nivå av *atrial natriuretic peptide* (ANP) och *brain natriuretic peptide* (BNP) hos personer med depression jämfört med en kontrollgrupp. Ökade nivåer av ANP och BNP har setts minska nivåerna av hormon verksamma i *hypothalamic-pituitary-adrenal axis* (HPA-axeln) (19). HPA-axeln är ett hormonellt system som bland annat har betydande effekter på hjärnan (20). En av de många komplexa funktioner HPA-axeln har i hjärnan är att påverka reglering och svar på kroppens stressorer (19, 20). Depression och stress hör ofta ihop och hos dessa individer har man sett att HPA-axeln har en ökad känslighet att aktivera stresshormon som till exempel kortisol (21). Då träning i den akuta fasen visade sig öka nivån av ANP och BNP är en teori att träning kan vara ett effektivt sätt för personer med depression att öka de från början låga nivåerna av ANP och BNP och därmed kunna minska det höga stresspåslaget (19).

Trots det gedigna antal studier som gjorts med förhoppning om att visa tydliga positiva effekter av träning som behandling för ångestsjukdom visar tillgänglig forskning begränsad evidens som styrker detta (22). Enligt en litteraturoversikt av Saeed et al. (22) har fysisk aktivitet inte visat sig ha någon signifikant effekt jämfört med andra traditionella behandlingsalternativ. I studier där man har funnit evidens framhåller Stonerock et al. (23) i deras litteraturoversikt att det finns en del signifikanta begränsningar i metodologin, det vill säga att när det identifierats effekter av träningsinterventionerna så har det funnits brister i studiernas metodologi vilket dragit ner evidensstyrkan.

1.5 Fysisk aktivitet som prevention för komorbiditet vid psykisk ohälsa

Depression och ångest utgör båda ökad risk för hjärtsjukdom, stroke och högt blodtryck (24). Därtill har personer med depression ökad risk att drabbas av diabetes (24) och det är bland dessa personer inte ovanligt med ohälsosamma vanor såsom rökning, undermålig kost och fysisk inaktivitet (25). Flera av dessa markörer innebär i sin tur ökad risk att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar, som är den ledande bidragande faktorn till för tidig död hos personer med depression (25). Här har fysisk aktivitet en betydande roll då fysisk aktivitet är associerat med en minskad risk att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar och andra livsstilsrelaterade sjukdomar såsom metabolt syndrom (26). Att arbeta preventivt för att minska förekomsten av komorbiditet med till exempel kardiovaskulära sjukdomar innebär förutom vinster för individen även mindre belastning på samhället, inte minst ekonomiskt (1).

1.6 Upplevelsen av fysisk aktivitet vid psykisk ohälsa

Trots att effekterna av fysisk aktivitet som intervention sedan lång tid tillbaka är ett välstuderat område finns det hittills relativt få studier som fokuserar på hur personer med

psykisk ohälsa upplever fysisk aktivitet. Danielsson et al. (28) är några av de som utforskat fenomenet och beskriver i sin studie upplevelsen av fysisk aktivitet hos personer med djup depression. Deltagarna i studien upplevde att även om träningen var tuff så ökade den känslan av att vara levande och den fick dem att känna att de gjorde något bra för sig själva (28). Författarnas slutsats var också att träning som en del av den fysioterapeutiska behandlingen dels kan förbättra patienternas bild av sin egen fysiska förmåga och dels kan bidra till att skapa en känsla av friskhet. Därtill framkom det även i deras studie att fysioterapeuten har en viktig roll i att på ett empatiskt och insiktsfullt sätt stötta de sårbara patienterna (28). En liknande studie av Searle et al. (29) visade att fysisk aktivitet kan hjälpa till att avleda negativa tankar och skapa en känsla av mening. Det framkom också att låg motivation och bristande självförtroende var vanligt angivna faktorer som utgjorde hinder för att utföra fysisk aktivitet (29). Betydelsen av fysisk aktivitet för återhämtning, för att hitta en känsla av identitet, för att återfå känslan av ett meningsfullt liv och för att kunna ta kontrollen var några av de resultat man fann i en studie av Cullen et al. (30). I denna studie utforskades upplevelsen av fysisk aktivitet hos en grupp personer med schizofreni, schizo-affektiv sjukdom och bipolär sjukdom. Att delta i fysisk aktivitet gav positiva effekter på både den fysiska och psykiska hälsan, inklusive engagemang och social integration, vilket kan bidra till ökad livskvalitet (30).

1.7 Problemformulering och fysioterapeutisk relevans

Utbudet av kvalitativa studier som berör upplevelser av träning hos personer med psykisk ohälsa är begränsat. Vi har funnit ett fåtal kvalitativa studier som undersökt hur personer med psykisk ohälsa upplever fysisk aktivitet men vi har inte funnit någon kvalitativ studie som även fokuserar på upplevelsen av att träna i grupp. Att utforska hur personer med psykisk ohälsa upplever att träna och att träna i grupp kan ge ytterligare insikt för fysioterapeuter och andra behandlare inom psykiatrisk rehabilitering.

2. Syfte och frågeställningar

Syftet med denna studie var att beskriva hur en grupp personer med psykisk ohälsa upplevde fysisk aktivitet och att vara fysiskt aktiva i en träningsgrupp. De huvudsakliga frågeställningarna var a) hur upplevs fysisk aktivitet av en grupp personer med psykisk ohälsa och b) hur upplever en grupp personer med psykisk ohälsa att vara fysiskt aktiva i en träningsgrupp?

3. Metod

3.1 Etiska ställningstaganden

Vi var i samband med studien angelägna om att deltagarna på ett tydligt sätt fick information om studiens syfte och upplägg. Detta skedde dels genom skriftlig deltagarinformation (bilaga 1) och dels genom muntlig genomgång av informationen i samband med varje enskild intervju. I denna information framgick det även att deltagandet var frivilligt och att man när som helst kunde avbryta sitt deltagande utan att ange anledning. Vi informerade också deltagarna om att studien skulle göras som en del av vårt examensarbete på fysioterapeutprogrammet och att studien kommer publiceras på *Lund University student papers* (LUP). Andra etiska ställningstaganden vi tog var att informera deltagarna om hur uppgifterna de lämnat skulle hanteras och lagras. Anonymitet säkerställdes genom att det insamlade materialet kodades och namn byttes ut under bearbetningsprocessen så att vi eller någon annan inte skulle kunna koppla intervjuerna till fysiska personer. Konfidentialitet utlovades genom att allt material sparades på ett särskilt minneskort som förvarades inlåst för obehöriga. Behöriga att ta del av materialet var handledare, kursansvarig och opponerande studenter.

Vi var medvetna om att deltagarna utgjorde en sårbar grupp individer och att intervjun eventuellt skulle kunna beröra ett känsligt ämne. Under intervjuerna fanns därför en legitimerad fysioterapeut med erfarenhet inom psykiatri (eller motsvarande) tillgänglig för stöttning. Inför studien skickades en ansökan till Vårdvetenskapliga Etiknämnden (VEN) för prövning och rådgivande yttranden. Ansökan godkändes utan några etiska invändningar. (VEN 65-20)

3.2 Undersökningsgrupp och rekrytering

Förfrågan om att delta i studien delades ut till 15 personer som var patienter vid en allmänpsykiatrisk mottagning i södra Sverige och som deltog i en träningsgrupp på ett gym i södra Sverige. Före rekrytering och förfrågan hade ansvarig fysioterapeut bedömt att ingen av träningsgruppens deltagare hade nedsatt förmåga att ta till sig information eller hade nedsatt samtyckesförmåga. Samtliga deltagare bedömdes även vara tillräckligt stabila i sitt mående för att kunna genomföra en intervju. Rekrytering av deltagare skedde i anslutning till träningspassen då deltagarna både informerades muntligt om studien och fick ta del av skriftlig deltagarinformation (bilaga 1). Personer som var intresserade av att delta fick möjlighet att fylla i en samtyckesblankett (bilaga 2) på plats alternativt återkomma efter några dagars betänketid. Plats för intervju var i ett samtalsrum på gymmet i anslutning till träningspassen respektive på den psykiatriska mottagningen i anslutning till att deltagaren hade ett planerat patientrelaterat besök där, detta bokades individuellt tillsammans med varje enskild deltagare efter dennes önskemål. Totalt rekryterades tio deltagare varav en föll bort på grund av sjukdom. Av dessa nio personer var sex kvinnor och tre män som alla hade minst en psykisk diagnos (såsom depression och olika former av ångestsyndrom). Medianåldern var 36 år med och majoriteten av deltagarna var sjukskrivna på hel- eller deltid. Träningsbakgrunden var varierande, men alla utom två hade någon form av erfarenhet av träning sedan innan. De intervjuade personerna hade varit aktiva i träningsgruppen olika länge; från några enstaka träningspass till deltagande i över ett år. Nästan alla deltog regelbundet på båda två av veckans pass.

3.3 Studiedesign, datainsamling och analys

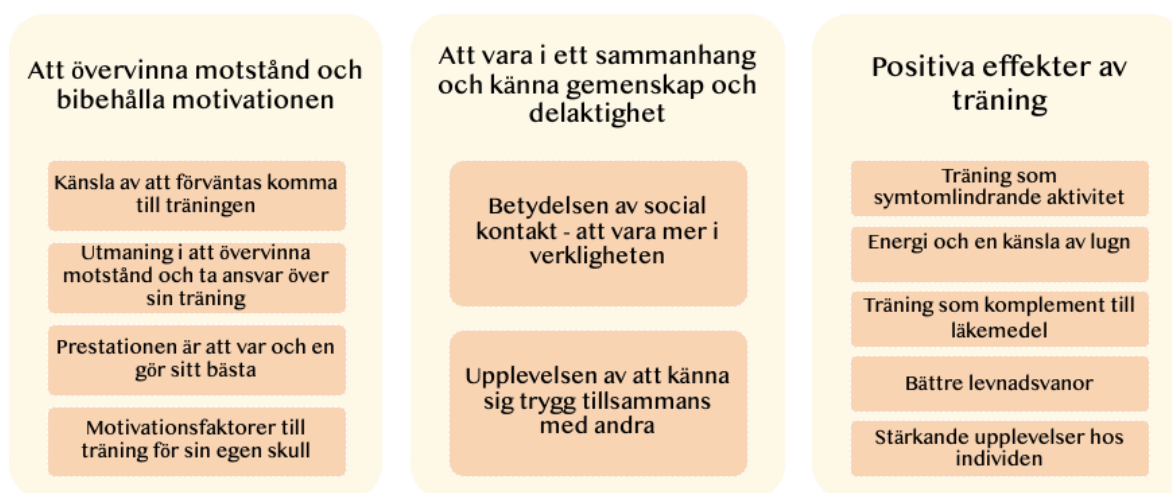
Studien är en kvalitativ intervjustudie som bearbetats genom innehållsanalys enligt Graneheim och Lundman (31). Datainsamlingen skedde genom semistrukturerade intervjuer baserade på en intervjuguide (bilaga 3) med öppna frågor. Intervjuguiden utvecklades och justerades efter ett antal provintervjuer innan datainsamlingen påbörjades. Ansatsen i intervjuerna var explorativ och neutral för att få intervjuerna att upplevas mer som samtal än förhör och på så sätt få ett mer nyanserat och innehållsrikt material. Intervjuerna spelades in med diktafon (Olympus DS-2400) och lagrades på särskilda SD-kort. Alla intervjuer skrevs ut ordagrant och lästes igenom av båda författarna för att bilda en uppfattning om innehållet. Betydelsefulla citat, så kallade meningsbärande enheter (*meaning units*), valdes ut och kortades ner till de mest centrala delarna i citatet vilket gav så kallade kondenserade meningsbärande enheter (*condensed meaning units*). Analys av dessa resulterade i koder (*codes*) som beskrev den underliggande betydelsen av respektive citat. Koder med gemensamma egenskaper grupperades i underkategorier (*subcategories*). Underkategorier som beskrev olika aspekter av samma fenomen sorterades in i en av tre övergripande kategorier. Enligt Graneheim och Lundman (31) har kategorierna en betydande roll i innehållsanalysen då de används för att identifiera skillnader och likheter i materialet. Kategorierna har följaktligen växt fram under analysprocessen snarare än att ha skapats i förväg baserat på de förutfattade meningar som vi författare kunde tänkas ha.

3.4 Träningssupplägg

Träningen bestod av två pass i veckan. Veckans första träningspass var lugnare pass vilket inkluderade träningsformerna pilates, olika former av yoga samt lågintensiv allsidig gympa med fokus på styrkeövningar och kroppskänedom. Under veckans andra passet var belastningen högre och bestod av pass såsom utesport, medelgymna, medelgymna med skivstång, HIT (high intensity training), bodypump, styrketräning i gym, TRX-gymna, spinning och funktionell träning. Tanken bakom det breda träningsutbudet var att deltagarna skulle få prova på olika träningsformer och eventuellt bli inspirerade att hitta något de gillar och som de kan tänka sig att sedan utföra på egen hand. Varje pass var 55 minuter och leddes av någon av gymmets utbildade träningsinstruktörer. I anslutning till träningspassen fanns en fysioterapeut tillgänglig för att ta emot och visa deltagarna rätt. Fysioterapeuten var även med under träningspassen för att stötta och guida deltagarna, både somatiskt och psykologiskt.

4. Resultat

Den induktiva analysen resulterade i tre kategorier med ett antal subkategorier.



Figur 1. De tre kategorierna med tillhörande subkategorier.

4.1 Att övervinna motstånd och bibehålla motivationen

4.1.1 Känsla av att man förväntas att komma till träningen - "positivt tvång"

Deltagarna berättade att det underlättade att ha träningen inbokad och att det skulle varit svårare att gå och träna på egen hand. Den inplanerade träningen gav en känsla av att man gett ett löfte om att komma. Många nämnde samtidigt att de ville vara lojala mot den som ordinerat deltagandet i gruppen, mot fysioterapeuter och mot instruktörer samt att de upplevde en känsla av plikt i det hela. På så vis var den inbokade träningen en typ av "positivt tvång". Därtill upplevde en del att det var betydelsefullt att ha känslan av att både ledare och andra personer i träningsgruppen förväntade sig att man skulle komma till träningen.

"Nu är det träning två dagar i veckan, och det hade man ju kunnat tänka sig att jag hade satt upp själv, men det vet jag att jag inte hade hållit lika bra. Jag hade haft mycket lättare att... jag har liksom inte det där positiva tvånget, som när det är en grupp så här."
[4D]

"När det är andra inblandade så är det också så där då, om man tvekar på att gå dit så känner man ändå att 'jo men det finns de som räknar med att jag ska komma'. Det är inte

bara jag liksom, där är andra.” [5E]

4.1.2 Utmaning i att övervinna motstånd och ta ansvar över sin träning

Deltagarna upplevde att det fanns svårigheter att ta ansvar för sin träning och att träna på egen hand. Det fanns ett behov av att få stöd från andra eller att få träningen på remiss/recept för att få träningen gjord. Träning på remiss eller recept beskrevs även som ett betydelsefullt stöd när det fanns ekonomiska hinder. Bland många fanns till en början en förutfattad mening om att träna med andra då de förväntade sig att andra skulle titta, tycka och tänka saker om en. Det fanns också en oro över att jämföra sig med de andra och själv känna sig oduglig. Ofta beskrev deltagarna dock att dessa negativa förväntningar inte förverkligades alternativt att de försvann en bit in i passet eller efter några gånger i träningsgruppen. En del beskrev att de upplevde ångest, oro och stress innan passen. Motstånd under passet beskrevs av några som att det kändes jobbigt att inte orka under ett pass vilket kunde leda till en känsla av besvikelse på sig själv. Andra motstånd som en deltagare uttryckte var att de fysiska reaktionerna av träning upplevdes som mycket obehagliga.

“För mig är det jätteviktigt att man har det här FaR. Får det rabatterat, träningen. För annars kan det vara ett hinder för mig, att det känns dyrt. När jag inte har någon inkomst, så det kan definitivt sätta käppar i hjulet.” [5E]

“Först trodde jag att det skulle vara jättehemskt, ja, att där är många som kan titta och säga och man jämför sig och jag har en tendens att göra det, att jag inte står ut med det. Men i denna gruppen så tycker jag att det har funkat bra, att det har varit givande. Tror nästan det hade varit värre om jag varit själv ändå.” [1A]

“Jag hatar att springa, jag hatar att cykla. Allting där man måste få upp flåset ordentligt avskyr jag. Jag tycker det bränner i lungorna och tycker att jag får blodsmak i munnen vilket jag tycker är jättejätteobehagligt. Och jag blev såhär... jag blev väldigt medveten om att hjärtat pumpar snabbare och så blev jag lite äcklad av det... lite såhär.... nej men jag tycker det är obehagligt. Och när lungorna liksom kämpar. Och så tycker jag... nej det känns jätteobehagligt.” [8H]

4.1.3 Prestationen är att var och en gör sitt bästa

Deltagarna beskrev att resultatet inte var det viktigaste utan att det mest centrala var att utgå från sig själv och sin dagsform. Många deltagare upplevde det som betydelsefullt att det var gott nog att göra sitt bästa, att det inte spelade någon roll vad eller hur mycket man klarade. Att närvara var prestationen. Några beskrev att det var värdefullt att någon annan tog ansvar för träningen och att det kändes bra att bli tillsagd vad man skulle göra.

“Ledarna säger också just det att ‘det här spelar ingen roll hur ni gör, det viktiga är att ni bara gör något och försöker’ och sånt där. ‘Ni ska inte prestera någonting.’ Och det är väldigt skönt för jag är ju väldigt så där presterad inriktad, ja, prestationsinriktad jättemycket och då känns det så fantastiskt att man kan göra någonting att man inte måste prestera. Det är inte det som är kärnan att man ska prestera i allt utan man... det är... man försöker göra så gott man kan och då får man skön avslappning att man behöver inte tvinga sig till att göra någonting.” [2B]

“Ja men innan jag blev sjuk så var det mycket liksom... jag ville liksom göra si och så många chins, jag ville marklyfta så mycket och jag ville göra så mycket på squat och massa som jag hade som mål och jag blev lite triggad av det. Men nu handlar det inte alls

om det. Nu handlar allt om att jag ska må bra i min själ. Och sen om det är så att jag blir duktig på ja men chins eller vad som helst, då är det sekundärt, det primära är min själ.” [7G]

4.1.4 Motivationsfaktorer till träning för sin egen skull

Det som motiverade de flesta deltagarna till träning var att se hur andra personer med psykisk ohälsa kämpade så gott de kunde utifrån sina förutsättningar. Några deltagare blev även motiverade till att träna av sin familj och vänner. Andra stora motivationsfaktorer var dels övertygelsen att träning förbättrar måendet och dels känslan av att må bättre efteråt.

“Just att ‘ja, men de’... ‘den här person kan som har det så svårt’, som jag kanske inte egentligen vet några detaljer om, men jag tycker mig ana. Nej men då kan det ju inte vara så allvarligt... alltså då kan jag ju också detta liksom.” [3C]

“... de tycker de ser skillnad på mig sedan jag började med det, så min man är ofta så här ‘du ska dit liksom’, och mamma ringde någon gång och ‘det är nu du behöver det som bäst då och ta dig iväg’ och... så att jag har ju folk som peppar mig ändå och som man liksom kan ta stöd av om jag bara öppnar upp och säger att ‘det är en skitdag’.” [1A]

“Det är det man tänker varje gång när man ska på fys och egentligen inte orkar, ‘men kom ihåg nu, du mår mycket bättre efteråt’. Om det så bara är för en stund så är det jättemycket för mig.” [7G]

4.2 Att vara i ett sammanhang och känna gemenskap och delaktighet

4.2.1 Betydelsen av social kontakt - att vara mer i verkligheten

Betydelsen av social kontakt och att vara en del av ett sammanhang var något som alla deltagare betonade under intervjuerna. Några deltagare beskrev vikten av att bli bekräftad av andra genom att instruktörer och andra deltagare kände igen en, hälsade på en och pratade med en. Det kändes bra att se bekanta ansikten och för några var träningsgruppen en möjlighet till social träning. Många upplevde att träningsgruppen var viktig för att få social kontakt då sjukskrivning ofta kan ge en känsla av att vara isolerad från andra människor. Träningsgruppen var således ett sätt att bryta den ensamheten. För några hade träningsgruppen inneburit ny betydelsefull vänskap. Träningsgruppen gav av känsla av delaktighet i samhället, dels genom att man träffade andra personer i ett sammanhang och dels att träningen skedde på ett allmänt gym. Att träningen skedde på ett allmänt gym var även betydelsefullt då fokus förflyttades från att vara patient till fokus på att vara frisk. På det här sättet i den här miljön upplevde deltagarna att de inte behövde prata om sina olika diagnoser eller sitt mående som det ofta kunde bli på psykiatriska mottagningen.

“Man får träffa andra i ett gruppsammanhang... ja men man blir en del av en gemenskap även om... Nu brukar det bli så att vi pratar lite innan och efter men även om det inte blir det så känner man ändå att man är en del av något med andra som gör att man känner sig mer... eftersom man då är sjukskriven så gör det att man känner sig mer delaktig i samhället på något sätt. Så det är jätteviktigt.” [5E]

“Det känns som en stor tröst när man kommer och där är folk som säger hej och känner igen en. Jag har insett nu också hur mycket det har gjort att jag inte har träffat folk på länge nu.” [8H]

“Nej men på något sätt känns det lite mer som man är i verkligheten i alla fall och det känns som de där tränarna som har oss, jag vet inte vad de har för erfarenhet innan av patienter med psykisk sjukdom, de kanske har jättemycket, men på något sätt känns det som de inte har det och då känns det skönt och kul att veta att de får se att även fast att man är psykiskt sjuk så ser man faktiskt ganska normal ut. Så tänker jag, så på så sätt känns det liksom lite friskare att vara på [gymmet] och att man ser lite andra människor också.” [2B]

4.2.2 Upplevelsen av att känna sig trygg tillsammans med andra

Deltagarna upplevde att träning i grupp med andra som har psykisk ohälsa gav en känsla av samhörighet. Att se andra som man har något gemensamt med beskrevs som betryggande och det gav en känsla av acceptans för sin egen sjukdom. Det gav en känsla av att “andra är som jag” och att man inte är ensam om att må dåligt eller att vara sjukskriven. Några upplevde att träning med andra som har psykisk ohälsa avdramatiserade sjukdomen. Många upplevde att träningsgruppen kändes som en trygg och accepterande miljö där det var tillåtet att göra fel och där det inte spelade någon roll hur vältränad eller otränad man var. Kravlösheten i träningen var något som belystes i flertalet intervjuer och som beskrevs som en stark bidragande faktor till en trygg känsla i gruppen.

“Det är liksom bara tryggare, lite som att alla är i lite samma situation, man vet liksom att alla har jätteolika diagnoser och erfarenheter och skäl till varför de är där, men det är ändå någonting man delar, så på något vis, att det känns lite tryggare.” [9i]

“Det är just att man tränar ihop, och sen att man tränar ihop... att okej vi är en grupp människor, alla har någon slags psykisk sjukdom. Alltså på något sätt känns det bra att det är lite så, för då träffar man lite annat folk som man ser dem och man tycker liksom att de ser ju så himla otroligt friska och jättebra ut på alla sätt. Det känns väldigt bra.” [2B]

“...alltså det låter ju dumt men jag är inte knäppast... alltså jag är inte knäppast i sammanhanget. Att jag är inte den enda som är sjukskriven där, och i andra delar av livet eller på ett vanligt träningspass så kan det ju bli ganska såhär ‘jaha och vad jobbar du med?’ och bara en sån sak när man inte... när man är i en sämre period kan det ju vara så jobbigt för man känner sig bara så misslyckad liksom.” [3C]

“Om jag går och tränar bara på [ett annat gym] så känns det som det är... att alla är redan jättevältränade redan och har de nyaste träningskläderna och kan alla stegen och gör rätt hela tiden och... det känns som det. Så är det ju inte heller men det blir de tankarna och de känslorna och då känns det mest som förnedrande när man liksom tränar och så gör man fel hela tiden. Här känns mer tillåtet att göra fel.” [8H]

4.3 Positiva effekter av träning

4.3.1 Träning som symtomlindrande aktivitet

Deltagarna upplevde att träningen hade en ångstdämpande effekt. Fokus på träning minskade grubblande och negativa tankar och gav därmed en välbehövlig paus från tankebrus. Hos en del dröjde känslan av befrielse från ångest kvar även efter passet. Att kunna få en paus från ångest och tankebrus upplevdes vara oerhört värdefullt. För några deltagare innebar träningen också minskad smärta och för andra en acceptans för förekomst av smärta. Träningen beskrevs av några deltagare ta upp allt fokus vilket gjorde att man inte kände av smärtan på samma sätt.

“Hjärtat känns lite lättare. Alltså det där konstanta liksom obehagliga trycket som rör sig kring hjärtat, den här molande ångesten, den liksom känns inte på en stund... den ja... jag är så dålig på att förklara men den känns inte lika starkt, vilket är jätteskönt.” [7G]

“Den här oron byts ut mot mer liksom positiva känslor så jag känner mig mer avslappnad och jag kan känna att jag fått en paus från det här surret i huvudet och att det då inte kommer tillbaka på samma sätt, i alla fall inte på ett bra tag efter jag tränat då.” [5E]

“... det blir det även en paus från min fysiska smärta, alltså inte bara från tankebrus, utan det är också liksom att den stunden har jag inte ont och det är ju liksom lite så här... ja man kan ju börja gråta för mindre [skrattar].” [3C]

4.3.2 Energi och en känsla av lugn

Deltagarna uppgav att de fick energi av träningen. Någon beskrev det som att orolig energi byttes ut mot positiv energi och en del beskrev träningen som ett sätt att få utlopp för negativ energi och negativa känslor. Deltagarna kände sig piggare och fick bättre ork av träningen vilket av några uttrycktes som “energi föder energi”. Träningen beskrevs ge en välkommen, skön trötthet. Efter träningen kändes kroppen trött medan huvudet kändes klart och några berättade att de upplevde förbättrad koncentrationsförmåga efter att de tränat. Hos några deltagare infann sig ett lugn efter ett träningspass vilket gjorde det lättare att komma ner i varv.

“Det kan vara lite tufft att komma igång i början, de första gångerna lite motigt men sen tycker jag att du känner både fysiskt och psykiskt att det gör så stor skillnad, att jag blir piggare, gladare och orkar mer och ja, får mer energi. Mår bättre i kroppen liksom, så det påverkar allting. Så jag har en positiv upplevelse. Jag tränar ändå. Bara man kommer över det första som jag tycker är väldigt jobbigt liksom.” [9i]

“Och att jag blir lugnare, för då får jag liksom utlopp för min energi och då har jag lättare att det lugnt och varva ner efteråt.” [5E]

“... efter jag tränat så har jag... jag blir... jag får mer energi i huvudet men mindre energi i kroppen, fysiskt. Så det blir liksom omvänt. För ofta känner jag att jag har jättemycket energi i kroppen men huvudet orkar ingenting alls så att jag orkar liksom inte förmå mig att ens gå ut och ta en promenad eller nånting.” [8H]

4.3.3 Träning som komplement till läkemedel

En stor del av deltagarna lyfte fram träning i relation till läkemedel. Det framkom att träningen lett till ett minskat behov av ångestdämpande och sömninducerande läkemedel. Mediciner beskrevs även som otillräckliga och att träningen fungerat som ett betydelsefullt komplement för att förbättra måendet. Träningen beskrevs ge ytterligare en dimension till den sedvanliga behandlingen (mediciner, samtal, annan terapi).

“Och sedan på kvällen somnar jag för att jag är trött och det har aldrig hänt innan. Jag kan somna jättetidigt för att jag är skittrött och det är helt nytt, jag har ju behövt mediciner innan och jag har liksom legat och grubblat i flera timmar, så det är lite chockartat för nu är jag liksom trött och då somnar jag och det tycker jag är häftigt så jag inbillar mig att det har med att jag börjat röra på mig och haft mer struktur på vardagen.” [1A]

“Och jag har inte haft någon medicin som gjort på det sättet såsom träning gör. Jag har tagit... tar sådana här ångestlindrande tabletter och sådant men jag tycker inte att det funkar något speciellt.” [2B]

4.3.4 Bättre levnadsvanor

Träningens positiva effekter på levnadsvanor beskrevs av några av deltagarna. För en del bidrog träningen till förbättrad sömn, för några upplevdes matvanorna ha blivit bättre och för någon minskade träningen alkoholkonsumtionen. Träningen upplevdes också bidra till ökad struktur i vardagen och ökad motivation till fysisk aktivitet.

“Ja och det motiverar mig till att kanske äta bättre. Tycker det går lite så här hand i hand. Ofta när man tränar så liksom bara... alltså när jag inte har tränat har jag kunnat vara så dålig med min kost.” [7G]

“Och dagen innan träning så dricker jag inte för jag tänker att det blir nog jobbigare. Så det är bra, för då har jag två kvällar som jag inte gör det på. Ibland blir det så att jag inte gör det någon annan kväll också. Det är väl bra om man dricker lite mindre tänker jag.” [8H]

“Det blir liksom att jag... men ja då måste jag komma upp vid den här tiden, jag måste äta ungefär då och då äter jag bättre också för jag ska orka. Det blir liksom mer struktur för mig på något vis att komma iväg och göra det här lilla projektet liksom, så...” [9i]

4.3.5 Stärkande upplevelser hos individen

Deltagarna beskrev olika stärkande upplevelser som träning gav dem. Ett återkommande tema var en känsla av tillfredsställelse och stolthet efter träningspassen. Ofta beskrev deltagarna att de blev stolta över att de lyckades övervinna motstånd och ta sig till träningen och att de gjorde något bra för sig själv och sin kropp. En del beskrev även en tillfredsställande känsla av att ha genomfört träningen och klarat olika övningar. Att ha klarat av mer än de trodde gav många en “självförtroendeboost” vilket för en del smittade av sig på andra områden i vardagen och bidrog till ökat initiativ till att ta tag i saker. Träning beskrevs också ge en känsla av hopp och meningsfullhet och för några var träningen ett sätt att få kontakt med kroppen.

“De gånger då jag varit nära på att ställa in och ändå gått hit, och då har det ju gjort en väldigt stor skillnad när jag gått ut. Då har jag blivit stolt och glad att jag gick hit. Och oftast... första grejen är ju att jag gick hit och sen så, ja, oavsett om det har varit yoga eller lite hårdare så är det ju ändå... ja en liten självförtroendeboost. Man kan klappa sig själv på axeln.” [4D]

“Men när jag har varit och tränat så känns det som att... jag vet inte... även om jag skulle gå och lägga mig så har jag liksom varit duktig. Men jag gör sällan det när jag tränat utan när jag har tränat och kommer hem så gör jag oftast någonting, typ tömmer diskmaskinen och anstränger mig lite mer för maten, tinar kyckling eller typ gör fruktsallad vi kan ha till efterrätt. Det känns som jag liksom får... ja, det föder annat liksom.” [8H]

“... alltid när jag tränat känner jag lite mer hopp. Det dippar alltid sen, liksom det varar bara ett litet tag men jag känner mig lite mer hoppfull efter jag har tränat eller under tiden jag tränar.” [8H]

“Det skapar en meningsfull vardag. Det hjälper till att skapa en meningsfull vardag åtminstone två dagar i veckan, och det är rätt stor del av veckan...” [6F]

“...mer liksom i kroppen när jag går härifrån, precis som att man har liksom fångat in mig från luften. Jag känner liksom att jag är överallt hela tiden och så har man så här samlat ihop mig [...]” [3C]

5. Diskussion

5.1 Resultatdiskussion

De upplevelser som skildrades under intervjuerna belyste träning som något större än en aktivitet som enbart täcker de fysiska behoven. Resultatet visade att träningsgruppen var ett sätt att öka den sociala kontakten och minska isolering vilket gav en känsla av delaktighet i samhället. Betydelsefullt var den trygga miljön som träningsgruppen gav tack vare att deltagarna kunde ta stöd av varandra samt upplevde träningen som kravlös. Träningsgruppen bidrog till en känsla av att vara nöjd med sig själv och att klara mer än man tror, vilket ökade självkänslan och självförtroendet. Vidare upplevdes en känsla av lojalitet och det positiva tvånget vara betydelsefulla motivationsfaktorer för deltagande.

5.1.1 Träning som social aktivitet

Större delen av deltagarna var sjukskrivna på grund av sin psykiska ohälsa och många beskrev känslan av att vara isolerad från samhället på grund av detta. Det upplevdes vara svårt att hitta naturliga sammanhang att träffa andra. Att delta i träningsgruppen blev en betydelsefull inkörsport till att känna sig mer delaktig i samhället och tack vare att träningsgruppen upplevdes som en trygg miljö kan man tänka sig att den också blev ett sätt att känna sig bekväm med sociala situationer. Även deltagarna i en studie av Hodgson et al. (32) upplevde att deltagandet i en träningsgrupp innebar möjlighet till social interaktion och minskad isolering. Det är på så vis möjligt att se träningsgruppen som ett verktyg för att lämna sin personliga trygga zon, i vilken man känner sig bekväm och tillfreds, för att istället ge utrymme åt att växa och utvecklas som person. Steget från att vara ganska isolerad till att vara en del av träningsgruppen kan möjligtvis upplevas stort men när man väl tagit det steget är det kanske inte ett så långt steg till att bli delaktig i andra sociala sammanhang. Detta speglar det resultat som beskrivs i studien av Danielsson et al. (28), där deltagarna upplevde att träning triggade förmågan att bli mer delaktig i livet tillsammans med andra.

5.1.2 Träningens inverkan på självbilden

Deltagarna beskrev betydelsen av att göra en aktivitet tillsammans med andra i liknande situation, vilket stämmer överens med den betryggande känslan i att veta att andra går igenom liknande saker som en själv, att man på ett eller annat sätt sitter i samma båt, som deltagare i en studie av Crone och Guy (33) beskriver det. Upplevelsen av att “vi sitter alla i samma båt” kan tänkas vara en form av copingstrategi för den psykiska ohälsan och sin egen situation. I en studie av Andersen et al. (34) där man undersökt upplevelserna av grupprehabilitering hos personer med kronisk smärta upplevde deltagarna att det var betydelsefullt att kunna ta stöd av och prata med andra med liknande problem (34). Vidare ligger betydelsen av att jämföra sig med andra också till grund för den så kallade *social comparison theory*, myntad av Festinger (35) i mitten av 50-talet. Festinger föreslog att individer som är osäkra på sina åsikter och förmågor tenderar att jämföra sig med andra för att på så sätt utvärdera sin egen situation (35). Genom att se andra som har det lättare eller svårare än en själv kan man därigenom tänka sig att individen börjar se sig själv ur ett nytt perspektiv. Detta är i linje med de resultat som framkom i en studie av Buunk et al. (36) där deltagarna rapporterade att jämförelse med andra i en liknande situation som en själv ledde

till positiva känslor oftare än att det ledde till negativa känslor, oavsett om jämförelsen gjordes med de som upplevdes hade det sämre eller de som hade det bättre (36). Några deltagare i vår studie beskrev att de jämförde sig med andra och kom fram till att den egna situationen inte var så allvarlig trots allt, vilket kan tolkas som att jämförelse med andra skulle kunna bidra till ökad acceptans för sin sjukdom. Att se andra med psykisk ohälsa kämpa under träningspassen var något som motiverade deltagarna till att vilja prestera bättre eller minst lika bra på träningspassen. Redan på 1920-talet beskrev Otto Köhler fenomenet när en person jobbar hårdare i en grupp än individuellt, vilket kom att kallas "Köhler-effekten" (37). Framförallt sker detta när personen utför uppgiften tillsammans med andra som är måttligt bättre än dem själva samt ser sig själva som en viktig del av gruppen och dess utförande (37). En studie av Feltz et al. (38) där Köhler-effekten undersöktes genom virtuella träningspartners visade att ihopparring med en bättre träningspartner än sig själv ökade motivationen till träning (38). Det kan tänkas att deltagarna i träningsgruppen såg sig själva som en viktig del av gruppen och att de såg andra deltagare som något bättre än sig själva vilket motiverade dem att kämpa minst lika hårt som dem.

Hos många av deltagarna framgick det att självkänslan och självförtroendet, åtminstone till en början, var nedsatt. Nedsatt självkänsla är vanligt förekommande hos personer med ångest och depression (39) och för dessa sårbara personer, som i intervjuerna beskrev sig själva som prestationsmänniskor, var det därför betydelsefullt att de fick göra en aktivitet där prestationen låg i att enbart komma dit och göra sitt bästa utifrån den aktuella dagsformen. Kravlösheten var något som uppskattades och många beskrev att de kunde känna sig duktiga och tillfreds med sig själv tack vare att ribban var så låg. Att klara mer än man tror gav flera deltagare en självförtroendeboost, om än bara för stunden så upplevdes det som en betydelsefull vinst den dagen. Träning kan på så vis ses som ett sätt att förbättra både självförtroende och självkänsla. Liknande slutsatser kom fram i studien av Danielsson et al. (28). Författarna beskriver där att deltagarna upplevde att de var nöjda med sig själva efter träningspasset, vilket var en ovanlig känsla för dem. Att ta sig igenom träningsprogrammet när så mycket annat i livet kändes tufft beskrevs kunna ha en stor inverkan på självkänslan (28).

Det kravlösa förhållningssättet till träning upplevdes av deltagarna i vår studie bero på att miljön kändes så trygg. Deltagarna beskrev sig själva som självkritiska, de kände oro för vad andra skulle tycka och tänka och de upplevde att de hade höga krav på sig själva. En miljö där det upplevdes vara tillåtet att göra fel och där alla hade något gemensamt verkade därför vara mycket betydelsefullt för deltagarna. Den trygga miljön beskrivs på liknande sätt i Andersen et al. (34) studie ha betydelse för att minska prestationsångest inför andra gruppmedlemmar. I kontrast till detta beskrev deltagarna i vår studie svårigheterna med att gå och träna på vanliga pass på ett allmänt gym, varför man kan tänka sig att det är oerhört viktigt att personer med psykisk ohälsa får detta stöd i form av en trygg miljö för att kunna komma till den punkten att de kan känna sig nöjda och tillfreds med sig själva.

5.1.3 Betydelsen av positivt tvång

Personer med psykisk ohälsa har ofta nedsatt förmåga att ta initiativ (9) vilket kan förklara varför många deltagare hade svårt att träna på egen hand och tog upp betydelsen av det positiva tvånget. Detta manifesterades bland annat genom känslan av att inte vilja göra någon annan besviken och att bli tillsagd vad man ska göra, vilket kan ses som yttre motivationsfaktorer. Samtidigt nämnde många av deltagarna att de även funnit inre motivationsfaktorer i att träna för att må bra och träning för sin egen skull. En litteraturoversikt av Teixeira et al. (40) visade att inre motivationsfaktorer är bättre för att

bibehålla träningen på lång sikt medan yttre motivationsfaktorer kan vara värdefullt för att initiera träningen. Det kan tänkas att personer med psykisk ohälsa har ett extra stort behov av yttre motivationsfaktorer för att initiera träningen men att det är viktigt att de får möjlighet att stärka och befästa även de inre motivationsfaktorerna för att optimera fortsatt träning.

En del nämnde känslan av plikt och andra känslan av ett positivt tvång. Många av deltagarna pratade om att de ville vara lojala mot den som ordinerat träningen eller mot de som höll i passen. Att delta i träningen för att det var en överenskommen del av behandlingsplanen beskrevs även i Crone och Guy (33) kvalitativa studie. Viljan att vara lojal skulle också kunna vara ett sätt för deltagarna att lägga över ansvaret på någon annan för att man själv inte vågar ta den platsen. Några deltagare beskrev känslan av att andra förväntade sig att man skulle komma till träningen, vilket också skulle kunna vara ett uttryck för att indirekt göra sig själv till en betydelsefull person. För en person med psykisk ohälsa kan det tänkas vara svårt att våga ta plats och framställa sig själv som en viktig person. Känslan av att andra förväntade sig att man skulle komma till träningen kan också tänkas vara betydelsefullt ur den aspekten att deltagarna i många fall hade ganska lite social kontakt och därför inte fick möjlighet att känna sig förväntad i så många andra sammanhang. Deltagare i både Danielsson et al. (28) och Crone och Guy (33) studie beskrev det som betydelsefullt att andra uppmärksammade om man inte deltagit i träningen på ett tag. Att känna sig förväntad och på så vis bli bekräftad av andra är troligtvis ett ytterst viktigt behov hos människan.

En annan aspekt av det positiva tvånget är att få träningen på remiss/recept. Förutom att det gav deltagarna en känsla av att träningen var en överenskommen del av behandlingen så utgjorde det en betydelsefull faktor till att faktiskt delta i en fysisk aktivitet. På grund av sjukskrivning upplevde många att det fanns ekonomiska svårigheter som utgjorde hinder för träning på egen hand men tack vare att träningsgruppen var i regi av den psykiatriska mottagningen inkluderades träningen på högkostnadskortet. Att få träningen subventionerad var något även deltagarna i en studie av Schebesch-Ruf et al. (41) upplevde betydelsefullt. En förutsättning för att fortsätta träna regelbundet upplevdes vara att de fick fortsätta vara med i det så kallade *pro move*-programmet, vilket var ett projekt som gav personer med psykisk ohälsa möjlighet att delta i olika former av fysisk aktivitet helt gratis (41).

5.1.4 Träningens inverkan på måendet

Det framkom i intervjuerna att träningen upplevdes ha både akut och långsiktig effekt på måendet. Deltagarna berättade att träningen minskade ångest och gav dem en paus från negativa tankar, vilket också deltagarna i en studie av Searle et al. (29) upplevde. I samma studie kom det även fram att deltagarna upplevde att träningen hjälpte de att få bättre struktur i det dagliga livet samt att träningen bidrog till att kunna reglera sömn och matvanor på ett bra sätt (29). På liknande sätt beskrev deltagarna i vår studie att de upplevde att träning ledde till förbättrade levnadsvanor. Utöver det faktum att de rörde på sig mer upplevde många också att de började äta mer regelbundet och mer näringsrik mat. Hos personer med psykisk ohälsa förekommer en högre grad av ohälsosamma vanor såsom bristfällig kost och fysisk inaktivitet, vilket utgör riskfaktorer för att drabbas av kardiovaskulära sjukdomar (25). Därtill har personer med depression en ökad risk att dö i förtid på grund av kardiovaskulära sjukdomar (25) samt en ökad risk att drabbas av diabetes (24). Det finns således goda skäl att implementera träning som del av behandlingen i preventivt syfte för komorbiditet av hälsorelaterade sjukdomar. Även om deltagarna i vår studie upplevde att deras levnadsvanor förbättrades behövs mer forskning för att kunna dra generella slutsatser. Andra exempel på förbättrade levnadsvanor som beskrevs under intervjuerna var den positiva effekt träning hade på sömnen. I vissa fall ledde träningen även till en reduktion i sömninducerande

läkemedel. Vidare beskrevs träning som ett komplement till andra läkemedel och i vissa fall upplevdes mediciner vara rent av otillräckliga. Eftersom träningen upplevdes ge dessa positiva effekter hos deltagarna finns det anledning att fundera kring träningens roll i behandlingen av psykisk ohälsa. Vi tror att det finns ett behov av att utforska området ytterligare.

5.2 Metoddiskussion

Urvalet bestod av både män och kvinnor i olika åldrar med olika träningsbakgrund, vilket gav ett rikt material och träning belystes ur ett brett spektrum av upplevelser. Den stora variationen i gruppen kan anses styrka trovärdigheten (*credibility*). Att det var fler kvinnor än män som deltog i studien representerade både träningsgruppen som helhet och den statistiska fördelningen mellan män och kvinnor i den psykiatriska vården. Trovärdighet uppnåddes också genom att studien baserades på ett tillräckligt rikt material. Faktorer som kan ha bidragit till detta var att intervjuerna utfördes i en lugn och avslappnad miljö med väl avsatt tid samt att frågorna som ställdes under intervjuerna svarade väl mot studiens syfte. En styrka i studiens analysprocess var att vi författare var för sig gick igenom allt material och valde ut de meningsbärande enheter som upplevdes vara betydelsefulla. Detta minskade risken att viktiga citat försumrades och ledde till att meningar som var tvetydiga föll bort. Hela analysprocessen har beskrivits tydligt för att öka transparensen. Varje citat fick en unik kod, för att visa att alla deltagarna är representerade i resultatet. Samtliga citat diskuterades gemensamt för att undvika att vår förförståelse skulle påverka resultatet vilket också stärker reflexiviteten. Genom att kondensering och kodning gjordes på ett sätt som bevarade kärnan i citaten kan författarnas tolkning av de meningsbärande enheterna anses representera det som framkom i intervjuerna väl. Något som får anses som en begränsning i studien är att de som valde att ställa upp på intervju kan ha varit de som hade mest positiva erfarenheter av träning.

Deltagarna som intervjuades var relativt få, majoriteten hade någon typ av erfarenhet av träning sedan tidigare samt att alla tillhörde samma etnicitet och kultur, vilket gör det svårt att överföra resultaten till alla med psykisk ohälsa. Något som däremot styrker överförbarheten (*transferability*) i vår studie är att tidigare forskning (28, 29, 30) visat liknande resultat i liknande sammanhang och miljöer.

Under forskningsprocessen tog vi hänsyn till vår reflexivitet. Som studenter vid fysioterapeutprogrammet var vi medvetna om att vi redan hade en positiv inställning till träning och att vi förväntade oss att träning skulle upplevas vara bra för både den fysiska och psykiska hälsan. Intervjuerna lades därför avsiktligt upp på ett sätt där vi förhöll oss nyfikna men neutrala till deltagarnas upplevelser, till exempel genom att frågorna var öppna med stort utrymme för egen tolkning. Ett uttryck för detta var att samma frågor ofta ledde in på olika spår beroende på hur deltagaren tolkade frågan. Under tolkningsprocessen arbetade vi aktivt för att hålla ett så fördomsfritt och utforskande sinne som möjligt för att i största möjliga mån undvika att färga citaten med våra egna förutfattade meningar. När citat valdes ut hade vi för avsikt att välja både positiva och negativa upplevelser av träning för att i studien kunna presentera alla aspekter av fenomenet. Därmed fick vi ett resultat som speglar svaren på bästa sätt snarare än ett resultat vinklat utifrån våra personliga åsikter.

Konklusion och klinisk relevans

Studien utforskade hur en grupp personer med psykisk ohälsa upplevde fysisk aktivitet och att vara fysiskt aktiv i en träningsgrupp. Resultatet visade att fysisk aktivitet och träning i grupp tillsammans med andra som har psykisk ohälsa är något som täcker mer än enbart de fysiska behoven. Förutom de positiva effekterna som deltagarna förknippade med träning,

upplevdes träning minska ångest och negativa tankar, stärka självförtroende och självkänsla samt ha en positiv inverkan på den sociala delaktigheten. Det upplevdes även vara betydelsefullt med en trygg miljö, vilket uppnåddes genom att träningen var kravlös och att det fanns en känsla av gemenskap i gruppen. Ytterligare ett budskap som framkom i studien var att yttre motivationsfaktorer kan vara betydelsefulla för att initiera träning, men att det är viktigt att främja de inre motivationsfaktorerna för att optimera fortsatt träning. De olika upplevelserna beskrivna i denna studie kan tillföra ytterligare förståelse och insikt som kan vara värdefull för praktiserande fysioterapeuter inför planering och genomförande av rehabiliterande interventioner för personer med psykisk ohälsa. Den här studien visade att träning som intervention för personer med psykisk ohälsa upplevdes ha många goda effekter. Det finns dock ett behov av mer forskning för att styrka träningens roll i behandlingsplanen för personer med psykisk ohälsa.

Referenser

1. World Health Organization. Health 2020 - A european policy framework and strategy for the 21st century [Internet]. Köpenhamn: World Health Organization; 2013. [Citerad 9 sept 2020]. Hämtad från: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf?ua=1downloaded_20180320
2. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Genève: World Health Organization; 2017. [Citerad 9 sept 2020]. Hämtad från: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf>;
3. Reynolds K, Pietrzak RH, El-Gablawy R, Mackenzie CS, Sareen J. Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry*. 2015;14(1):74-81. doi: 10.1002/wps.20193
4. Sagayadevan V, Pheng Lee S, Ong C, Abdin E, Chong SA, Subramaniam M. Quality of Life across Mental Disorders in Psychiatric Outpatients. *Ann Acad Med Singap*. 2018; 47(7):243-252.
5. The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5 ed (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Association; 2013
6. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av ångestsyndrom. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2005. 171/1;1400 1403
7. Försäkringskassan. Socialförsäkringsrapport: Sjukfrånvaro i psykiska diagnoser - en studie av Sveriges befolkning 16-64 år [Internet]. Försäkringskassan; 2014. [citerad 9 sept 2020]. Hämtad från https://www.forsakringskassan.se/wps/wcm/connect/03dcfe19-c989-4f46-a7f5-760d573b8d1f/socialforsakringsrapport_2014_04.pdf?MOD=AJPERES
8. Statens beredning för medicinsk utvärdering. Behandling av depressionssjukdomar; en systematisk litteratur översikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2004. 166/1;91-87890-87-9.
9. Paykel ES, Brugha T, Fryers T. Size and burden of depressive disorders in Europe *Eur. Neuropsychopharmacol*. 2005;15(4):411-423.
10. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H et al. *Acta Psychiatr. Scand*. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. 2004;109(420):21-27
11. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(6):617–627. doi:10.1001/archpsyc.62.6.617
12. Helgadóttir B, Forsell Y, Ekblom Ö. Physical Activity Patterns of People Affected by Depressive and Anxiety Disorders as Measured by Accelerometers: A CrossSectional Study. *PLOS ONE*. 2015;10(1)
13. Teychenne M, Costigan SA, Parker K. The association between sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review. *BMC Public Health*. 2015;15 (513). doi: 10.1186/s12889-015-1843-x.
14. Allen MS, Walter EE, Swann C. Sedentary behaviour and risk of anxiety: A systematic review and meta-analysis. *J. Affective.Disord*. 2019;242:5-13. doi:10.1016/j.jad.2018.08.081.
15. Mammen G, Faulkner G. Physical activity and the prevention of depression: a systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med*. 2013;45(5):649-57. doi: 10.1016/j.amepre.2013.08.001. PMID: 24139780.

16. Teychenne M, Ball K, Salmon J. Sedentary behavior and depression among adults: a review. *Int J Behav Med.* 2010 Dec;17(4):246-54. doi:10.1007/s12529-010-9075-z.
17. Franz SL, Hamilton GV. Effects of exercise upon the retardation in condition of depression. *Am J Insanity.* 1905;62:239-56.
18. Josefsson T, Lindwall M, Archer T. Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review. *Scand J Med Sci Sports.* 2014 Apr;24(2):259-72. doi: 10.1111/sms.12050.
19. Wisén AGM, Ekberg K, Wohlfart B, Ekman R, Westrin Å. Plasma ANP and BNP during exercise in patients with major depressive disorder and in healthy controls. *J. Affect. Disord.* 2011;129(1-3):371-375. doi: 10.1016/j.jad.2010.09.002.
20. Pariante CM, Lightman SL. The HPA axis in major depression: classical theories and new developments. *Trends Neurosci.* 2008 Sep;31(9):464-8. doi:10.1016/j.tins.2008.06.006
21. Dean J, Keshavan M. The neurobiology of depression: An integrated view. *Asian J Psychiatr.* 2017;27:101-111. doi: 10.1016/j.ajp.2017.01.025.
22. Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga and Meditation. *Am Fam Physician.* 2019;99(10):620-627. PMID: 31083878.
23. Stonerock GL, Hoffman BM, Smith PJ, Blumenthal JA. Exercise as Treatment for Anxiety: Systematic Review and Analysis. *Ann Behav Med.* 2015;49(4):542-56. doi: 10.1007/s12160-014-9685-9.
24. Niles AN, O'Donovan A. Comparing anxiety and depression to obesity and smoking as predictors of major medical illnesses and somatic symptoms. *Health Psychol.* 2019;38(2):172-181. doi: 10.1037/hea0000707.
25. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(4):334-41. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.2502.
26. Lanier JB, Bury DC, Richardson SW. Diet and Physical Activity for Cardiovascular Disease Prevention. *Am Fam Physician.* 2016;93(11):919-24. PMID: 27281836.
27. Myers J, Kokkinos P, Nyelin E. Physical Activity, Cardiorespiratory Fitness, and the Metabolic Syndrome. *Nutrients.* 2019;11(7):1652. doi: 10.3390/nu11071652.
28. Danielsson L, Kihlbom B, Rosberg S. "Crawling Out of the Cocoon": Patients' Experiences of a Physical Therapy Exercise Intervention in the Treatment of Major Depression. *Phys Ther.* 2016;96(8):1241-50. doi: 10.2522/ptj.20150076.
29. Searle A, Calnan M, Lewis G, Campbell J, Taylor A, Turner K. Patients' views of physical activity as treatment for depression: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2011;61(585):149-56. doi: 10.3399/bjgp11X567054.
30. Cullen C, Mccann E. Exploring the role of physical activity for people diagnosed with serious mental illness in Ireland. *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.* 2015;22: 58-64. doi: 10.1111/jpm.12179
31. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today.* 2004; 24(2):105-112.
32. Hodgson, MH, McCulloch HP, Fox KR. The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. *Ment. Health Phys. Act.* 2011; 4(1):23-9. doi:10.1016/j.mhpa.2011.01.002
33. Crone D, Guy H. 'I know it is only exercise, but to me it is something that keeps me going': A qualitative approach to understanding mental health service users'

- experiences of sports therapy. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2008; 17(3):197-207. doi: 10.1111/j.1447-0349.2008.00529.x
34. Andersen LN, Kohberg M, Herborg LG, Søgaaard K, Roessler KK. "Here we're all in the same boat" - a qualitative study of group based rehabilitation for sick-listed citizens with chronic pain. *Scand. J. Psychol.* 2014;55(4):333-42.
 35. Festinger L. A Theory of Social Comparison Processes. *Hum Relat.* 1954;7(2):117-140. doi:10.1177/001872675400700202
 36. Buunk BP, Collins RL, Taylor SE, VanYperen NW, Dakof GA. The affective consequences of social comparison: Either direction has its ups and downs. *J Pers Soc Psychol.* 1990;59(6):1238-1249. doi:10.1037/0022-3514.59.6.1238
 37. Köhler, O. Über den Gruppenwirkungsgrad der menschlichen Körperarbeit und die Bedingung optimaler Kollektivkraftreaktion [Human physical performance in groups and conditions for optimal collective performance]. *Industrielle Psychotechnik.* 1927(4):209-226.
 38. Feltz DL, Kerr NL, Irwin BC. Buddy up: the Köhler effect applied to health games. *J Sport Exerc Psychol.* 2011;33(4):506-26. doi: 10.1123/jsep.33.4.506.
 39. Sowislo JF, Orth U. Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull.* 2013;139(1):213-240. doi:10.1037/a0028931
 40. Teixeira PJ, Carraça EV, Markland D, Silva MN, Ryan RM. Exercise, physical activity, and self-determination theory: A systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2012(9):1-30. doi: 10.1186/1479-5868-9-78
 41. Schebesch-Ruf W, Heimgartner A, Wells JS, Titze S. A Qualitative Examination of the Physical Activity Needs of People with Severe Mental Illness. *Issues Ment. Health Nurs.* 2019;40(10): 861-9. doi: 10.1080/01612840.2019.1610818

Bilaga 1.



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

INFORMATIONSBREV TILL STUDIEDELTAGARE

Upplevelser av gruppträning och fysisk aktivitet hos en grupp personer med psykisk ohälsa - en kvalitativ studie

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående intervjustudie. Vi tillfrågar Dig eftersom Du har deltagit eller deltar i träningsgruppen vid *** i regi av ***.

Många studier har belyst sambandet mellan fysisk aktivitet och mental ohälsa men få studier har undersökt den individuella *upplevelsen*. Vårt syfte med denna studie är att beskriva hur Du upplever fysisk aktivitet och att vara fysiskt aktiv i en träningsgrupp. Vi skulle därför vilja göra en intervju med Dig.

Intervjun beräknas ta cirka 60 minuter och genomförs av två fysioterapeutstudenter, Sara Munter och Sofia Anker-Kofoed. Plats för intervjun kommer vara på i ett samtalsrum på *** i anslutning till träningsgruppen eller i en lokal vid den psykiatriska mottagningen.

Med Din tillåtelse vill vi gärna spela in intervjun. Inspelningen kommer att förvaras inlåst på ett särskilt minneskort och behandlas så att inga obehöriga har tillgång till dem. Resultatet kommer att redovisas så att ingen enskild person kan identifieras. Studien görs som ett examensarbete på fysioterapeutprogrammet och kommer att publiceras på *Lund University student papers* (LUP).

Deltagandet är helt frivilligt och Du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information Du lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, d.v.s. så att inte någon obehörig får tillgång till den.

Om Du vill delta ber vi Dig underteckna samtyckesblanketten och lämna till oss studenter innan eller efter träningen, senast den 9/10. Om Du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare

Med vänlig hälsning

Student
Sara Munter
e-post:
sa8270mu-s@student.lu.se

Student
Sofia Anker-Kofoed
e-post:
so2815an-s@student.lu.se

Handledare
Maria N Ovesson,
maria.nilsson_ovesson@med.lu.se
Catharina Sjödahl Hammarlund
Universitetslektor, leg. sjukgymnast
chatarina.sjodahl_hammarlund@med.lu.se

Bilaga 2.



LUNDS UNIVERSITET

Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Samtyckesblankett

Jag har tagit del av informationen om *Upplevelser av gruppträning och fysisk aktivitet hos en grupp personer med psykisk ohälsa - en kvalitativ studie*. Jag har också tagit del av informationen att deltagandet är frivilligt och att jag kan avbryta när som helst utan att behöva ange orsak.

Härmed ger jag mitt samtycke till att delta i studien.

Underskrift av studiedeltagare

Underskrift av student

Ort, datum

Ort, datum

Underskrift

Underskrift

Telefonnummer

Telefonnummer

Önskemål om lokal för intervju:

- *** i anslutning till träning (innan eller efter).
- På den psykiatriska mottagningen.

Eventuellt önskat datum:

Bilaga 3.



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Institutionen för hälsovetenskaper

Intervjuguide

Vi börjar med att presentera oss och ge information om studiens syfte och upplägg. Vi går igenom hur uppgifterna kommer att hanteras och lagras samt hur anonymitet säkerställs. Vi informerar även att personen när som helst kan avbryta sitt deltagandet utan att uppge anledning. Vi ber personen vi intervjuar att tänka på andra deltagares anonymitet ifall dessa kommer att beröras under intervjun.

Vi förklarar att vi därefter startar diktafonen och att samtalet nu spelas in.

Vi börjar med några korta frågor.

- Namn och ålder?
- Sysselsättning: Arbetar du? Studerar? Sjukskriven?
- Hur bor du?

Hur ser en vanlig dag ser ut för dig?

Hur länge har du tränat i denna grupp?

Vad var din relation till träning innan du började i träningsgruppen?

alternativ fråga: har du tidigare erfarenhet av träning?

- Vad? Hur ofta? Hur länge höll du på med det/sedan när har du gjort det? (Om du har erfarenhet sedan tidigare)

Hur brukar ett träningspass i gruppen se ut?

- Upplever du att det finns några övningar eller träningsformer som du tycker mer om? Vilka? Varför?

Hur upplever du att träna?

- När du säger att du upplever träningen som...hur menar/känner du då/på vilket sätt menar du då?
- Hur får träning dig att känna?
- Hur känns det i kroppen när du tränar/rör på dig? Hur känns kroppen av att träna?
- Hur upplever du att du vanligen mår innan? Under? Efter passet?
- Upplever du att det finns något hinder för dig att träna? I så fall vad?

Hur upplever du att träna tillsammans med andra?

- Hur upplever du att vara en del av en grupp som tränar tillsammans?
- Hur påverkas du av att träna med andra? Tränar du också på egen hand; är det någon skillnad mot att träna själv?

Vad upplever du motiverar dig till att komma till träningsgruppen?

Hur upplever du att deltagandet i träningsgruppen har påverkat dig i det dagliga livet?

Hur upplever du att deltagandet i träningsgruppen påverkat din energi och ork?

- Ex. varför du att du har mer/mindre ork?

Hur upplever du att deltagandet i träningsgruppen påverkat ditt mående?

Vad är din relation till träning idag? / Hur ser du på träning idag?

Hur ser du på deltagandet i fysiska aktiviteter i framtiden?

Vad tror du kan underlätta för att möjliggöra fortsatt träning för dig?

Vi avslutar med att tacka för deltagande och berättar att vi nu stänger av diktafonen.